

ارزیابی مدل شناختی - شخصیتی اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد بیماران دارای درد مزمن

فیروزه سپهریان آذر^۱، علی عیسی زادگان^۱، سامره اسدی مجره^{۲*}، حمید پورشریفی^۳

^۱گروه روان شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران؛ ^۲دانشجو، گروه روان شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران؛ ^۳گروه روان شناسی،

دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۸

چکیده:

زمینه و هدف: درد، عمومی ترین فشار روانی است که انسان با آن مواجه می شود. با توجه به نقش عوامل روان شناختی در شکل گیری و تداوم درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن، پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل شناختی - شخصیتی اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن انجام گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر در چارچوب یک طرح همبستگی از نوع معادلات ساختاری انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۲۱۰ نفر (۱۴۶ زن و ۶۴ مرد) مراجعه کنندگان به کلینیک های تخصصی درد شهر رشت بود که بر اساس مصاحبه بالینی دارای نشانگان اختلال اضطراب فراگیر بودند و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه های ادراک درد، نگرانی، نشخوار فکری و روان رنجوری را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده ها، شاخص های توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری استفاده گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که متغیر روان رنجوری به واسطه نقش میانجی نگرانی با ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد ($P < 0/01$)؛ همچنین اثر مستقیم روان رنجوری با نگرانی و نشخوار فکری معنی دار بود ($P < 0/01$)، اما مسیر رابطه مستقیم نشخوار فکری با ادراک درد معنی دار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: یافته های پژوهش روشن نمود که متغیرهای نگرانی و روان رنجوری در تبیین ادراک درد مبتلایان به درد مزمن دارای اضطراب فراگیر، نقش دارند و لذا توجه بیشتر به سازه های شناختی و شخصیتی در حوزه درد مزمن ضرورت دارد.

واژه های کلیدی: ادراک درد، اختلال اضطراب فراگیر، درد مزمن، روان رنجوری، نشخوار فکری، نگرانی.

مقدمه:

بافت در ارتباط است (۲). درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است، به گونه ای که فرد دردمند نه تنها با فشار ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر که بخش های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می دهد، روبه رو می شود. بررسی های انجام شده در زمینه شیوع اختلال درد مزمن، در طی دوره یکساله، شیوع این اختلال را در غرب اروپای مرکزی ۱۷٪ تا ۲۹٪ و در سایر کشورهای توسعه یافته ۲٪ تا ۴۰٪ برآورد

بیماری های مزمن از جمله مشکلات شایع بهداشتی در سراسر جهان به شمار می آیند که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن ها تأثیر دارند. احتمالاً درد، عمومی ترین فشار روانی است که انسان با آن مواجه می شود و یکی از شایع ترین شکایت ها در بین بیماران می باشد (۱). انجمن بین المللی مطالعه درد، درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند می داند که با آسیب احتمالی یا واقعی

کرده‌اند (۳). محمدزاده و همکاران در پژوهشی راجع به میزان شیوع درد مزمن در شهر تهران، شیوع این اختلال را ۲۵/۵٪ گزارش کردند (۴).

پژوهش‌های نوینی درباره رابطه درد مزمن و اختلالات روان‌شناختی انجام شده است (۳). داده‌های همه‌گیرشناسی اخیر حاکی از ارتباط قوی بین اختلال اضطراب فراگیر و وضعیت درد است (۵-۷). Von Korff و همکاران در پژوهش خویش گزارش کردند که از میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر ارتباط قوی‌تری با کمر درد مزمن دارد (۷).

اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف شده است که در اکثر روزها در طول حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علایم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است (۸). تقریباً ۲۵٪ افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲٪ از بیمارانی که به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بوده‌اند (۹).

یکی از جدیدترین مدل‌های مفهومی در زمینه اضطراب، مدل شناختی- شخصیتی Muris و همکاران است که بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته بر روی گروه‌های بالینی و غیربالینی، مدل تعدیل‌کننده‌ای پیشنهاد کرده‌اند که در آن ارتباط تعدادی متغیرها با اضطراب مورد بحث قرار گرفته است (۱۰، ۱۱). در این مدل، نگرانی و نشخوار فکری نقش تعدیل‌کننده بر رابطه بین روان‌رنجوری با اضطراب دارند. مولفه نخست در پیش‌بینی اضطراب، نشخوار فکری است. نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه‌ی تکراری دارند و مانع حل مسأله سازگارانه شده و به افزایش افکار منفی (negative affect) می‌انجامد (۱۲). اغلب پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط نشخوار فکری با اختلالات روانی، بر رابطه نشخوار فکری با افسردگی تأکید کرده‌اند، اما برخی پژوهش‌ها نیز به رابطه نشخوار فکری با اضطراب اشاره کرده‌اند (۱۰، ۱۱، ۱۳). به عنوان

مثال، Muris و همکاران در پژوهش خویش ارتباط نشخوار فکری با اضطراب را نشان دادند. دومین مولفه نگرانی است. اخیراً، افکار منفی و ویژگی کلیدی اختلالات اضطرابی و افسردگی معرفی شده‌اند (۱۳). در اضطراب، این افکار می‌توانند به شکل نگرانی رخ دهند که به عنوان انتظاری بیمناک از پیامدهای منفی احتمالی راجع به رخداد‌های قریب الوقوع تعریف شده است (۱۴). نگرانی مشخصه محوری اختلال اضطراب فراگیر است. مطالعات نشان داده‌اند که نگرانی علاوه بر ایجاد آسیب کارکردی و درماندگی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه، عزت نفس پایین، موفقیت تحصیلی ضعیف و مهارت‌های اجتماعی پایین رابطه داشته است (۱۵، ۱۶). جنبه‌های جسمانی و روانی متعددی از انسان تحت تأثیر نگرانی قرار می‌گیرند و این می‌تواند منجر به عوارض جسمانی شود (۱۷).

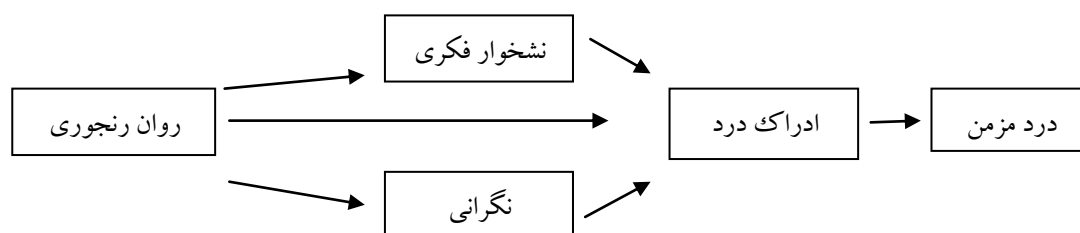
Fresco و همکاران در پژوهشی ارتباط نگرانی را با نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی معنی دار گزارش نمودند (۱۸). برخی محققان به این نتیجه رسیده‌اند که نگرانی و نشخوار فکری جلوه‌ی از آسیب‌پذیر بودن عامل روان‌رنجوری می‌باشند که حاکی از گسترش نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی همچون اضطراب و افسردگی است (۱۹). بنابراین فاکتور بعدی روان‌رنجوری است که تمایل به داشتن احساسات منفی مانند ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی دایمی و فراگیر است. افرادی که نمره بالایی در این شاخص داشته باشند، به احتمال بیشتری دارای باورهای غیرمنطقی هستند، قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها دارند و سازگاری ضعیف‌تری با دیگران و شرایط استرس‌زا نشان می‌دهند (۲۰). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نگرانی و نشخوار فکری ارتباطی اساسی با روان‌رنجوری دارند. در مدل پیشنهادی Muris و همکاران نیز رابطه روان‌رنجوری با اضطراب معنی دار بود (۱۰). در مطالعات بر روی بازنمایی‌های ادراک از بیماری، مدل مطرح شده توسط Leventhal در سال

و سردرد نشان داد که بیماران مبتلا به میگرن نمرات بالایی در بعد روان رنجوری دارند و استرس را به صورت منفی ادراک می کنند (۲۴).

نشانگان درد مزمن مشکل شایعی است که به علت ماهیت پیچیده، سبب شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، چالش های عظیمی را برای درمانگران ایجاد می کند (۲). نقش عوامل روان شناختی در شکل گیری و تداوم درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن، بیانگر ضرورت انجام پژوهش حاضر است چرا که بر اساس نظر لیتون در ناتوانی های ناشی از کمر درد، متغیرهای روان شناختی معمولاً موثرتر از عوامل زیست پزشکی یا زیست شیمیایی اند و موجب تغییر از حالت درد حاد به مزمن می شوند (۲۵). همچنین، مطالعات نشان داده شده است که سطوح بالای اضطراب موجب عدم سازش موفقیت آمیز با درد می شود (۲۶). لذا، در پژوهش حاضر به دلیل همبندی بالای اختلال اضطراب فراگیر و درد مزمن و نیز نقش متغیرهای شناختی و شخصیتی در اضطراب و درد، مدلی را که برگرفته از مدل شناختی شخصیتی اضطراب منین و همکاران است ارائه گردید. لذا این مدل شاید بتواند در تبیین ادراک درد مبتلایان به درد مزمن دارای اضطراب موثر باشد (تصویر شماره ۱).

۱۹۸۰ که یک مدل خودتنظیمی (self-regulatory) است، نتایج حاکی از آن بود که افراد در شرایط بیماری، تجارب خود را حول ۵ عنصر شکل می دهند: ۱- هویت بیمار، ۲- علت بیماری، ۳- سیر بیماری، ۴- پیامدها و ۵- درمان/ کنترل پذیری بیماری. اخیراً مفهوم سازی اولیه این مدل با انجام چند تغییر بسط یافته است که در یکی از این تغییرات، یک بعد دیگر به نام درک واضح و روشن از بیماری به این مدل افزوده شده که به منزله نوعی فراشناخت عمل می کند و می کوشد دریابد تا دیگر ابعاد بازنمایی های ادراکی فرد از بیماریش، تا چه حدودی درک واضح و روشنی را از بیماری برایش فراهم نموده اند (۲۱).

به طور کلی، پژوهش ها ارتباط متغیرهای شناختی را با درد مزمن و ادراک درد نشان داده اند. Gerrits و همکاران در پژوهشی رابطه طولی درد و اضطراب را طی دوره ۴ ساله گزارش کردند (۲۲). Davis و همکاران نیز در پژوهش خویش گزارش کردند که بیماران مبتلا به درد مزمن، سطوح بالایی از تجربه نگرانی، اضطراب، فاجعه سازی درد و نگرانی درباره درد را گزارش کرده اند که ارتباط مستقیم و غیر مستقیمی با درجات درد داشت (۲۳). نتیجه پژوهش پیمان نیا و موسوی در رابطه با مقایسه صفات شخصیتی



تصویر شماره ۱: مدل شناختی - شخصیتی درد مزمن

می تواند در بهبود آن ها موثر واقع شود و منجر به ایجاد احساس کنترل بیشتر بر درد گردد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل شناختی - شخصیتی اختلال

به نظر می رسد که به دلیل شیوع اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به درد مزمن، شناسایی مدل این اختلال در مبتلایان

اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد در مبتلایان به درد مزمن انجام گردید.

روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی بود که در چارچوب یک طرح همبستگی از نوع معادلات ساختاری انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مبتلایان به درد مزمن دارای نشانگان اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی درد شهر رشت در طی مدت ۴ ماه از خرداد تا شهریور ماه ۱۳۹۴ بود که از میان آن ها، نمونه ای شامل ۲۱۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند، چرا که در روش معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه پیشنهادی ۲۰۰ نفر است (۲۷). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن سابقه درد بیش از ۶ ماه، نشانگان اختلال اضطراب فراگیر و عدم دریافت مداخلات روان شناختی. افراد مبتلا به درد مزمن با سایر اختلالات از نمونه ها کنار گذاشته شدند. جهت تحلیل داده ها، شاخص های توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری و نوشتار ۸/۱۸ نرم افزار لیزرل استفاده شد.

پرسشنامه ادراک درد مک گیل (MGPIQ؛ ملزاک، ۱۹۸۳) فرم کوتاه پرسشنامه درد مک گیل توسط ملزاک در سال ۱۹۸۳ طراحی شده است و شامل ۱۵ سوال ۴ درجه ای است که از (بدون درد) تا ۳ (شدید) درجه بندی شده است. حداقل نمره در این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۴۵ است. در پژوهش ملزاک (۱۹۸۳)، همبستگی فرم بلند و فرم کوتاه ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ بود. در این پژوهش، ضریب همسانی درونی ابزار ۰/۷۳ به دست آمد. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی سازی و بررسی پایایی این پرسشنامه به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده اند که پرسشنامه فارسی درد مک گیل از انطباق

فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آن ها بر نمونه ۸۴ نفری، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد (۲۱). حمزه پور حقیقی در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کرد (۲۱). ضریب همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) توسط مهیر و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و ۱۶ سوال دارد. شرکت کنندا به این سوال ها بر اساس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالف (نمره ۰)، تا کاملاً موافق (نمره ۴) پاسخ داده اند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۰ و ۶۴ است. در پژوهش میر و همکاران (۱۹۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی بعد از ۴ هفته ۰/۹۳ بود. ضریب همبستگی این آزمون با متغیرهای افسردگی، اضطراب و عزت نفس معنی دار گزارش شده است (۲۸). ضریب همسانی درونی مقیاس در این پژوهش ۰/۸۷ بود.

مقیاس پاسخ های نشخواری نالن هوکسما و مارور که در سال ۱۹۹۱ طراحی شد و ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱ و ۸۸ می باشد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش های مختلف نشان می دهند، همبستگی بازآزمایی برای پاسخ های نشخواری، ۰/۶۷ است. آلفای کرونباخ در پژوهش منصوری ۰/۹۰ به دست آمد (۲۹). ضریب همسانی درونی نمره کل مقیاس در این پژوهش ۰/۹۱ بود.

برای سنجش سازه روان رنجوری، خرده مقیاس روان رنجوری پرسشنامه شخصیتی نئو مک کری و کوستا مورد استفاده قرار گرفت که در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است و شامل ۱۲ سوال از ۶۰ سوال است و پاسخ ها بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۰ تا ۴ نمره گذاری

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار و نتایج

ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌ی نگرانی،
نشخوار فکری، روان رنجوری با ادراک درد

متغیرها	۱	۲	۳	۴
ادراک درد	-			
نگرانی	۰/۳۹۷	-		
نشخوار فکری	۰/۱۹۴	۰/۳۷۱	-	
روان رنجوری	۰/۲۶۱	۰/۵۷۴	۰/۵۸	-
میانگین	۱۶/۲۱	۳۷/۹۴	۴۷/۶۲	۳۷/۰۷
انحراف معیار	۸/۳۳	۱۰/۱۴	۱۲/۶۴	۹/۷۹

 $P < ۰/۰۱$

می‌شوند که حداقل و حداکثر نمره در این زیرمقیاس به ترتیب ۰ و ۴۸ می‌باشد. کاستا و مک کری در سال ۱۹۹۲ ضریب آلفای کرونباخ سازه روان رنجوری را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش گروسی در سال ۱۳۷۷، اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به فاصله ۳ ماه، برای عامل روان رنجوری ۰/۸۳ به دست آمد. در زمینه روایی همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه نشانگر ریخت مایرز بریگز، پرسشنامه چندجنبه‌ای شخصیت مینه سوتا، پرسشنامه تجدید نظر شده کالیفرنیا، بررسی مزاج گیلفورد و زاگرم، فهرست رگه‌ها و مقیاس رگه بین فردی رابطه بالایی گزارش شده است (۲۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ روان رنجوری ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها:

از ۲۱۰ نفر نمونه پژوهش، تعداد ۱۴۶ نفر (۶۹/۵٪) زن و ۶۴ نفر (۳۰/۵٪) مرد بودند. بیشتر افراد نمونه در دامنه سنی ۶۰-۴۳ سال قرار داشتند. از میان افراد نمونه، ۹ نفر بیسواد (۴/۳٪)، ۵۷ نفر زیر دیپلم (۲۷/۱٪)، ۵۴ نفر دیپلم (۲۵/۷٪)، ۲۷ نفر فوق دیپلم (۱۲/۹٪)، ۵۳ نفر لیسانس (۲۵/۲٪) و ۱۰ نفر فوق لیسانس ۴/۸ بودند. در جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

نتیجه ضریب همبستگی مندرج در جدول شماره ۱ نشان داد که رابطه نگرانی ($r=۰/۳۹۷$, $P<۰/۰۱$)، نشخوار فکری ($r=۰/۱۹۴$, $P<۰/۰۱$) و روان رنجوری ($r=۰/۲۶۱$, $P<۰/۰۱$) با ادراک درد مثبت و معنی دار بود؛ همچنین رابطه روان رنجوری با نگرانی ($r=۰/۳۷۱$, $P<۰/۰۱$)، و نشخوار فکری ($r=۰/۵۷۴$, $P<۰/۰۱$)، و ادراک درد مثبت و معنی دار بود. در ادامه شاخص‌های نیکویی برازش به دست آمده حاصل از برازش داده‌های مطالعه با مدل تنوریکایی ارائه شده است.

جدول شماره ۲: شاخص‌های برازش مدل

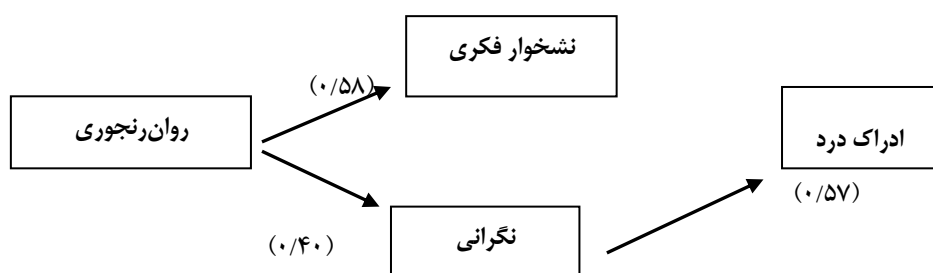
مدل	χ^2	df	P	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMR	NNFI	RMSEA	نتیجه
اولیه	۰/۶۶	۱	۰/۴۲	۰/۶۶	۱	۱	۰/۹۸	۱/۵۸	۱/۰۱	۰/۰۰۱	تأیید مدل

بوده و نشان داد که ساختار کوواریانس یافته‌ها با مدل نظری مطابقت دارد. از طرف دیگر، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب نیز برابر با ($RMSEA=۰/۰۰۱$) به دست آمد که شاخص خوبی است و معمولاً در

همان طور که جدول شماره ۲ نشان داده است شاخص‌های نیکویی برازش این مدل در سطح بسیار خوبی هستند. شاخص مربوط به نسبت مجذور خی به درجه آزادی کمتر از عدد ۳ است که مقدار مناسبی

مدل‌های ضعیف اندازه آن بزرگ تر از ۰/۱ است. شاخص برازندگی تطبیقی ($CFI=0/1$) و شاخص نیکویی برازش انطباقی ($AGFI=0/98$) نیز نشان‌دهنده برازش بهتر مدل هستند. با توجه به شاخص‌های مذکور مدل با داده‌ها برازش مناسبی داشته است. بر اساس یافته‌های

به دست آمده و با توجه به خروجی تحلیل مسیر حاصله از برنامه Lisrel، مسیرهای روان‌رنجوری به ادراک درد و نشخوار فکری به ادراک درد از مدل حذف و سپس مدل نهایی مورد بررسی و آزمون قرار گرفت که نتایج آن در تصویر شماره ۲ آمده است.



تصویر شماره ۲: مسیر و برآورد پارامترهای مدل پیش‌بینی ادراک درد (بعد از اصلاح)

بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده در مرحله ی دوم (مدل نهایی)، ضریب مسیر مستقیم استاندارد شده، بین متغیر پیش‌بین نگرانی ($P<0/01$ ، $t=6/23$ ، $\beta=0/40$)، با متغیر ملاک ادراک درد معنی دار بود و این متغیر به صورت مستقیم با ادراک درد رابطه داشت. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده، ضریب مسیر غیر مستقیم استاندارد شده، بین متغیر پیش بین روان‌رنجوری، با متغیر ملاک ادراک درد معنی دار بود و این متغیر به صورت غیر مستقیم (از طریق نگرانی) با ادراک درد رابطه داشت. همچنین، ضرایب مسیر مستقیم استاندارد شده، بین متغیر پیش‌بین روان‌رنجوری، ($P<0/01$ ، $t=10/28$ ، $\beta=0/58$)، با متغیر نشخوار فکری معنی دار بود.

بحث:

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل شناختی- شخصیتی اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد انجام گردید. یافته پژوهش مبنی بر رابطه نگرانی با درد مزمن همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی بود (۲۳، ۲۴). در تبیین این یافته باید اذعان کرد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استعداد بالایی در ادراک موقعیت‌های منفی دارند. این افراد می‌پذیرند که در آینده وقایع منفی

رخ می‌دهد، بنابراین در موقعیت‌هایی که امور مربوط به آینده نامعلوم و نامبهم هستند، نگرانی را به عنوان روشی برای حل مشکل به کار می‌برند (۲۵). این احتمال وجود دارد که افراد مبتلا به انواع درد، نگرانی را به عنوان راهبردی برای کاهش برانگیختگی جسمی مرتبط با درد به کار ببرند که می‌تواند منجر به گسترش اختلال اضطراب فراگیر شود (۳۰). به نظر می‌رسد نگرانی منجر به کاهش عاطفه منفی می‌شود که در موقعیت‌های استرس‌زا، رنج بردن از درد مداوم را افزایش می‌دهد (۳۰). فرد نگران، افکاری تکرارشونده درباره رویدادهای منفی دارد که در آینده ممکن است اتفاق بیفتند، این افکار به برانگیختگی شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی در فرد منجر می‌شوند (۳۱).

در ارتباط با رابطه غیرمستقیم روان‌رنجوری با درد مزمن که به واسطه نقش میانجی نگرانی است، پژوهش‌ها حاکی از ارتباط روان‌رنجوری با دردهای مزمن بوده است (۳۳، ۳۲). سطوح بالاتر روان‌رنجورخویی با مسایل و مشکلات عضلانی اسکلتی مرتبط بوده است (۳۴). عمدتاً روان‌رنجوری از فاجعه‌آمیز قلمداد کردن علایم جسمانی منعکس می‌شود که منجر به بیش‌حساسیتی و تمرکز افراطی روی محرک‌های فردی می‌شود. در روان‌رنجورها، دستگاه عصبی سمپاتیک حتی به

و متفاوت بودن ماهیت و شدت این سازه‌ها می‌تواند تأثیرگذار باشد.

نتیجه گیری:

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که در تشخیص و پیش‌آگهی دردهای مزمن بایستی به جنبه‌های روان‌شناختی همراه با درد توجه کافی داشت و غربالگری بیماران مبتلا از نظر وجود اختلال اضطراب فراگیر مهم بوده و موجب پیشگیری از مزمن شدن درد می‌گردد. یافته‌های پژوهش روشن نمود که متغیرهای نگرانی و روان‌رنجوری در تبیین ادراک درد مبتلایان به اختلال درد مزمن دارای نشانگان اضطراب فراگیر، نقش دارند و لذا توجه بیشتر به سازه‌های شناختی و شخصیتی در حوزه درد مزمن ضرورت دارد. محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های دیگر، عدم امکان مقایسه تفاوت‌های جنسیتی، استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی؛ لذا پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه بر روی مبتلایان به سایر اختلالات روان‌شناختی و نیز مبتلایان به درد مزمن همانند با سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی انجام گیرد و در پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی مدنظر قرار داده شود و در کنار داده‌های خودسنجی، داده‌های به دست آمده از ارزیابی متخصصان بالینی نیز به کار برده شود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول مقاله با کد ۱۱۹۱۹۶۴ است که موضوع پیشنهادی آن مورخه ۹۴/۲/۲۷ در دانشگاه ارومیه مورد تصویب قرار گرفت. همچنین، نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری شرکت کنندگان در پژوهش و کلیه کسانی که در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و قدردانی نمایند.

استرس‌های ملایم، واکنش اضافی نشان می‌دهد که نتیجه آن پرحساسیتی مزمن است و در مبتلایان به درد، منجر به ادراک بالای درد می‌گردد و در روان‌رنجورهایی که نگرانی نیز دارند، این تجربه ادراک درد شدیدتر می‌گردد (۳۴).

در مورد رابطه معنی دار روان‌رنجوری با نگرانی و نشخوار فکری که همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است (۳۴، ۱۰)، به نظر می‌رسد که روان‌رنجوری ویژگی مشترک عوامل شناختی نگرانی و نشخوار فکری است. همچنین، برخی معتقدند که سبک‌های پاسخ نشخوارگرایانه می‌تواند به عنوان یکی از جلوه‌های شناختی روان‌رنجوری در نظر گرفته شوند. این یافته می‌تواند همسو با نتایج پژوهش Segerstrom و همکاران باشد که در آن نشخوار فکری و نگرانی به عنوان آسیب‌شناسی روانی مرتبط با افکار بی‌حاصل و تکرارشونده در نظر گرفته شده‌اند (۱۹). در مواجهه با سطوح بالای استرس یا تهدید، نشخوار فکری و نگرانی در افرادی با سطوح بالای روان‌رنجوری برانگیخته می‌شوند. یافته‌ها در مورد رابطه نشخوار فکری با ادراک درد در مبتلایان معنی دار نبود که این یافته ناهمسو با یافته‌های قبلی است (۳۵، ۱۱، ۱۰)، اما در راستای نتیجه پژوهش McCracken و همکاران است که در پژوهش خویش برازش کلی نشخوار فکری را در تجارب افراد درد مزمن ضعیف گزارش کردند (۳۶). پژوهش‌ها نشان‌دهنده ارتباط قوی نشخوار فکری با افسردگی است (۵)، اما در مورد رابطه نشخوار فکری با اضطراب پژوهش‌های اندکی انجام شده است. از سویی دیگر، احتمالاً تفاوت در جامعه آماری و ابزارهای سنجش و تفاوت‌های فردی می‌تواند از دلایل اصلی باشد. همچنین، برخلاف دیگر پژوهش‌ها، نمونه موردی بررسی در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به درد مزمن دارای نشانگان اضطراب بود

منابع:

1. Rafiee S, Foroughi A, Momenzadeh S. Comparing the co morbidity of psychological disorder among women and men with chronic musculoskeletal pain. *Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci.* 2012; 15(4): 295-303.
2. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *J Isfahan Med School* 2014; 32(295): 1156-65.
3. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain.* 2008; 9(10): 883-91.
4. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). *Iran J Epidemiol.* 2013; 9(1): 19-31.
5. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain.* 2007; 129(3): 332-42.
6. Niles AN, Dour HJ, Stanton AL, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, et al. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *J Psychosom Res.* 2015; 78(2): 109-15.
7. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Pain.* 2005; 113(3): 331-9.
8. Ganji M. Psychopathology on the base of DSM-V. Tehran: Savalan. 1st Ed. 2014; 296-298.
9. Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder. Adv Res Prac.* 2004.
10. Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Pers Individ Dif.* 2005; 39(6): 1105-11.
11. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, van Os J. Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behav Res Ther.* 2008; 46(12): 1283-9.
12. Shahjoyi T. Comparison intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity in individuals with General anxiety disorder and normal persons. [Dissertation]. Tabriz university; 2010. 38-43.
13. Muris P, Roelofs J, Meesters C, Boomsma P. Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognit Ther Res.* 2004; 28(4): 539-54.
14. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther.* 1983; 21(1): 9-16.
15. Asadi S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. The relationship between Intolerance of uncertainty and rumination with worry on student population. *J Clin Psychol.* 2013; 4(4): 83-92.
16. Mentuccia MR. Cognitive predictors of worry in an adolescent community sample. USA: University of North Florida; 2011.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
18. Fresco DM, Frankel AN, Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG. Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognit Ther Res.* 2002; 26(2): 179-88.
19. Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognit Ther Res.* 2000; 24(6): 671-88.
20. Fathi Ashtiani A. Psychological tests: Personality evolution and mental health. Tehran: Besat; 2007: 35-45.
21. Hamzehpour Haghighi T. The effects of cognitive behavioral group therapy on pain perception, perception of the disease and quality of life of patients with rheumatoid artryd [Dissertation]. Sari Islamic Azad University; 2015: 1-11.

22. Gerrits MM, Van Marwijk HW, Van Oppen P, Van Der Horst H, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res.* 2015; 78(1): 64-70.
23. Davis CE, Stockstill JW, Stanley WD, Wu Q. Pain-related worry in patients with chronic orofacial pain. *J Am Dent Assoc.* 2014; 145(7): 722-30.
24. Peymannia B, Moosavi E. The comparison between conceived stress and personality traits, in people suffering from migraine and healthy people. *J Shaeed Sadoughi Univ Med Sci Yazd.* 2014; 22(2): 1069-78.
25. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. *J Shaeed Sdoughi Univ Med Sci Yazd.* 2014; 21(6): 795-807.
26. Lohnberg JA. An examination of the psychosocial profile of individuals with complex regional pain syndrome[Dissertation]. USA: The University of Lowas Institutional repository; 2011.
27. Hooman HA. Structural equation modeling with lisrel application. Tehran: Samt Pub; 2011: 235-249.
28. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. 1st ed. Ardebil: Bagh Rezvan; 2005: 250-251.
29. Mansouri A, Farnam A, Bakhshipour Rodsari A, Mahmood-Aliloo M. Comparisons between rumination in Individual with major depression disorder and normal persons. *J Sab Uni Medi Sci.* 2010; 3: 26-9.
30. Behar E, Zuellig AR, Borkovec T. Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behav Ther.* 2005; 36(2): 157-68.
31. Mohiyeddini C, Bauer S, Semple S. Neuroticism and stress: the role of displacement behavior. *Anxiety Stress Coping.* 2015; 28(4): 391-407.
32. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *J Health Psychol.* 2012; 1(1):59-73.
33. Suso-Ribera C, Gallardo-Pujol D. Personality and health in chronic pain: Have we failed to appreciate a relationship? *Pers Individ Dif.* 2016; 96: 7-11.
34. Keogh E, French CC, Reidy J. Predictors of worry. *Anxiety, Stress and Coping.* 2008; 11: 67-80.
35. Scheuren R, Sutterlin S, Anton F. Rumination and interoceptive accuracy predict the occurrence of the thermal grill illusion of pain. *BMC Psychol.* 2014; 2(1): 22.
36. McCracken LM, Barker E, Chilcot J. Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *J Behav Med.* 2014; 37(6): 1215-25.

Evaluation personality- cognitive model of generalized anxiety disorder to explain pain perception in people with chronic pain

Sepehrian Azar F¹, Isazadegan A¹, Asadi Majreh S^{2*}, Poursharifi H³

¹Psychology Dept., Urmia University, Urmia, Iran; ²Student, Psychology Dept., Urmia University, Urmia, I.R. Iran; ³Psychology Dept., Tabriz University, Tabriz, I.R. Iran.

Received: 19/Nov/2015 Accepted: 28/Jun /2016

Background and aims: Pain is the most popular of mental pressure that human face with. Based on the role of psychological factors in the formation and persistence of chronic pain and disability caused by it, this study was aimed to determine the fitness of cognitive-personality model of generalized anxiety disorder to explain the perception of pain in patients with chronic pain.

Methods: This study was conducted in the context of a correlation research in the type of structural equation. The sample were consisted of 210 patients (146 female and 64 male) referred to a specialized pain clinics in Rasht city that based on clinical interviews had generalized anxiety disorder symptom, and they were selected by available sampling and were completed perception of pain, worry, rumination and neurosis questionnaires. Data were analyzed by using descriptive measures of frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient and structural equation model.

Results: The results showed that neuroticism is associated with pain perception by mediated role of worry in people with pain disorder ($P < 0.01$). Also, direct effect of worry and rumination with neuroticism were significant ($P < 0.01$), but the direct effect of rumination with pain perception was not statistically significant ($P > 0.05$).

Conclusion: The research findings revealed that worry and neuroticism variables involved to explaining the perception of pain in patients with chronic pain and generalized anxiety. Therefore, more attention to cognitive and personality structures in the area of chronic pain is necessary.

Keywords: Pain perception, Generalized anxiety disorder, Chronic pain, Neuroticism, Rumination, worry.

Cite this article as: Sepehrian Azar F, Isazadegan A, Asadi Majreh S, Poursharifi H. Evaluation personality- cognitive model of generalized anxiety disorder to explain pain perception in people with chronic pain. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 19(1): 32-41.

***Corresponding author:**

Psychology Dept., Urmia University, Urmia, I.R. Iran. Tel: 0098918472446,
E-mail: asadimajreh_psy@yahoo.com